

令和9年度長崎県病院企業団医療技術修学資金貸与学生病院選考試験申込書（対馬地域）

受験番号 ※		希 望 病 院	1 対馬病院 2 上対馬病院	希 望 職 種	看護師・助産師
ふりがな				男 ・ 女	写真欄 写真は6ヶ月以内に撮影したもの。 縦4.0cm、横3.0cm 上半身、正面向き、無帽 必ず本人確認ができる写真 を貼付して下さい。
氏 名					
生年月日（令和9年4月1日現在の年齢） 昭和 ・ 平成 年 月 日 生 （ 満 歳 ）					
ふりがな					
現住所 〒					
電話番号			携帯番号		
合格通知等書類送付先（現住所と異なる場合のみ記入して下さい。） 〒					
元 号	年	月	学 歴 （ 学 校 名 ）		学部・学科名
元 号	年	月	職 歴		
元 号	年	月	資 格 ・ 免 許 等		
志望動機					受付印 ※

【記載上の注意】※には記入しないで下さい。

希望病院は該当する番号に○をつけて下さい。